

di **GIOVANNI MONCHIERO**

Mercoledì 29 gennaio la prestigiosa sede del Cnel ha ospitato due importanti eventi fra loro strettamente collegati: per la materia, ma anche per l'approccio con cui affrontano i molti problemi della sanità. In mattinata, l'annuale Rapporto di Crea Sanità, per l'esattezza il ventesimo; al pomeriggio **la presentazione del documento "Principi per una Riforma del Servizio Sanitario Nazionale" che pubblichiamo integralmente.**

Potremmo anche dire che si è conclusa l'ultima stagione dei rapporti sullo stato del Ssn, aperta, ai primi di ottobre, dalla Fondazione **Gimbe**, proseguita a dicembre con la presentazione dell'annuale Rapporto Oasi, e del Rapporto 2024 di Osservasalute. Tutti esprimono grande preoccupazione per le sorti della sanità italiana e, con diverse sfumature, auspicano significativi interventi di riforma. Crea Sanità pone il problema sin dal titolo: "Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in sanità al bivio". Qui sta il punto: che fare?

Della sostenibilità e di altri guai Dopo l'entusiasmo seguito alla sua istituzione e il consolidamento dell'aziendalizzazione, a partire dagli anni 2000 il Servizio sanitario

nazionale ha cominciato a mostrare criticità, attribuite principalmente alla cronica insufficienza di finanziamenti. Da allora, il divario fra la nostra spesa pubblica pro-capite e la media dell'Europa "dei 15" è progressivamente aumentato. Oggi siamo ai livelli della Spagna e di poco superiori a Portogallo e Grecia; non raggiungiamo nemmeno la metà di quella della Germania. A prescindere da ogni altra considerazione, nella seconda decade del nuovo secolo la cruda realtà dei dati finanziari pose il problema della sostenibilità economica del Ssn al centro del dibattito politico. Nel gennaio del 2018 la Commissione Sanità del Senato pubblicò il documento conclusivo di una approfondita indagine conoscitiva che, testualmente, affermava: "La sostenibilità della sanità pubblica non è un problema economico ma politico; e un sistema è sostenibile quando vogliamo che lo sia". Tanto ottimismo volontaristico non fu corroborato dai fatti. Sono passati sette anni e le sorti del nostro Servizio sanitario non hanno visto alcun miglioramento. Anzi! C'è stata la dura prova del Covid, superata con grande fatica e con un inevitabile rallentamento delle attività ordinarie. Nonostante innessi di risorse - significativi,

almeno in rapporto alle consuetudini - i ritardi accumulati durante la pandemia non sono ancora stati recuperati. Le liste d'attesa, da sempre punto debole del sistema, si sono estese sino all'intollerabilità.

Durante la presentazione del Rapporto Oasi, mi ha colpito un dato tanto più sorprendente in quanto oggettivo: nel periodo considerato, solo la metà delle prescrizioni diagnostiche richieste su "ricetta bianca" risulta essere stata soddisfatta nelle strutture del Ssn, pubbliche o private convenzionate. Chi può si rivolge al privato a pagamento, molti si arrendono. Il dato si riferiva alla Lombardia, ma si tratta di un fenomeno generalizzato. Secondo l'Istat, nel 2023 il 7,6% della popolazione ha rinunciato alle cure **1**. Vista la fonte, basterebbe questo dato a certificare il pessimo stato di salute del servizio pubblico.

L'autovalutazione tende, invece, a rappresentare la realtà in modo meno negativo. Secondo il Nuovo Sistema di Garanzia, adottato dal Ministero, tutte le regioni, con la sola eccezione della minuscola Valle d'Aosta, garantirebbero i Livelli Essenziali di Assistenza, in Area Ospedaliera. Le solite lacune si ritrovano al Sud nell'Area della Prevenzio-

ne e in quella Distrettuale **2**. Proprio nell'assistenza distrettuale, la Lombardia - quella delle ricette inevase - si merita un bel nove e mezzo! Suppongo che qualche parametro sia da rivedere.

I dati vanno interpretati: non tutto è oro quello che luccica. Secondo il recentissimo Rapporto del Ministero della Salute sullo stato del personale del Ssn, nel 2022 ci siamo avvalsi di quasi trentamila (per l'esattezza 29.918) professionisti sanitari in più rispetto al 2017. Ci sono voluti due anni a contarli (il Rapporto è stato pubblicato ai primi di gennaio) e spero in qualche errore. Comunicato come altamente positivo, il dato mi pare, invece, molto negativo. **Aumentano i dipendenti e diminuiscono le prestazioni: c'è di che preoccuparsi seriamente. Mantenere o trasformare?** Il Rapporto di Crea Sanità - di cui pubblichiamo l'Executive Summary - offre, ovviamente, un quadro completo della gravità della situazione e sin dal titolo, in forma di dilemma retorico, suggerisce la necessità di una riforma. **Faccio mia la metafora edilizia ed aggiungo**



che la casa che amiamo ed abitiamo da tempo ci sta cadendo in testa. Occorre una ristrutturazione totale che rinforzi anche le fondamenta.

L'idea di una radicale riforma del sistema - da anni la sosteniamo dalle colonne di questa rivista - non suscita grandi entusiasmi né presso l'informazione generalista né presso la politica. Entrambe preferiscono concentrare la loro attenzione su temi contingenti e proporre specifiche soluzioni. Questo atteggiamento è figlio della vigente cultura della comunicazione e, in parte, del volontarismo cui accennavo prima. L'ottimismo sarà pure il profumo della vita - come proclamava un celebre slogan pubblicitario - ma non basta a garantire la soluzione di problemi complessi. E in sanità è tutto molto complicato.

Torniamo, per un attimo, alle liste d'attesa. Nate per scoraggiare la domanda inappropriata di prestazioni diagnostiche, si sono progressivamente allungate sino a divenire il segno più evidente della crisi del sistema. Di fronte ad attese troppo lunghe, qualche Azienda Sanitaria preferisce chiudere le agende di prenotazione. Leggo che nei contratti per i nuovi Dg la mia regione ha imposto la clausola di mantenere aperte le agende, pena la rescissione del contratto. La disposizione sarà ovviamente rispettata, ma per il malcapitato utente sentirsi rispondere che non si accettano prenotazioni o vedersi proporre una visita tra due anni e mezzo che

differenza fa?

Miglior sorte non è toccata al Dl adottato in materia. Era previsto che venisse affiancato e integrato da una legge ordinaria, ma poi non se ne è fatto nulla. Non basta un mix di restrizioni e piccoli premi a risolvere un problema che si trascina da sempre, ormai metafora del destino del sistema. **Il Ssn fa acqua da tutte le parti. Chiusa una falla, se ne apre un'altra.**

Occorre necessariamente ritrovare una visione d'insieme su cui basare una ricostruzione organica del tutto. Il richiamo ai valori caratterizza l'intervento di Walter Ricciardi. Nel presentare l'ultimo rapporto di Osservasalute aveva annunciato la trasformazione del centro di ricerca che da anni dirige nel nuovo "Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune". Con questo contributo, chiarisce le ragioni di fondo che ci impongono di non rinunciare allo strumento di tutela della salute di tutti costituito dal Ssn.

Dialogo sui principi La condivisione di principi fondativi è la base per costruire una visione comune che illumini qualsiasi ipotesi di cambiamento. Per questa ragione i sottoscrittori del documento propedeutico alla auspicata riforma - ci troverete anche la mia firma - hanno scelto di aggiornare i principi che ispirarono l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale secondo il modello dell'Hns inglese.

Ai primi posti, rimangono

universalismo ed equità, irrinunciabili. In seconda fila, ma in continuità con l'esperienza precedente, centralità della persona, globalità degli interventi, efficienza nella gestione, ed efficacia delle cure. Fra le new entry mi permetto di segnalare l'accento posto sulla necessità, per chi gestisce il servizio pubblico, di promettere solo quello che si sa di poter mantenere. Buona regola. A questo principio si ispirò la promulgazione dei Lea, assunzione di responsabilità da parte dello Stato in merito alle prestazioni offerte dal servizio sanitario. Abbiamo visto che, col tempo, è prevalsa una certa elasticità nel verificarne l'effettiva esigibilità.

Il documento contiene anche specifici riferimenti a principi di sana organizzazione nel governo del sistema. Mantenendo fermo il modello aziendale, sottolinea la necessità di garantire *l'autonomia del management, di rivedere le relazioni fra centro e periferia, integrare sanità e socio assistenza e, quasi indicibile per la nostra burocrazia, semplificare il sistema dei controlli.* Dà atto che la sanità pubblica è importante volano di sviluppo economico che deve tendere all'innovazione.

Infine, pone l'accento su due temi spesso trascurati: differenze e contiguità fra Ssn e settore sanitario, e la promozione della funzione di tutela attraverso la sanità d'iniziativa e la presa in carico del paziente.

Nello sviluppare i singoli punti, talvolta si fa riferi-

mento anche a soluzioni concrete ma lo scopo del documento è quello di costruire le fondamenta della proposta attraverso una solida ed articolata visione d'insieme. Che è esattamente ciò di cui più si avverte la mancanza ogni volta che, nel dibattito politico, si affronta uno specifico problema, quasi sempre in un contesto emergenziale.

Il primo passo Vorremmo poter considerare conclusa la stagione degli aggiustamenti. **È tornata all'attenzione dei decisori politici l'idea - non nuova - di modificare lo status giuridico dei medici di medicina generale (e con loro specialisti ambulatoriali e altri convenzionati) trasferendoli, progressivamente, alla dipendenza diretta dalle Aziende sanitarie pubbliche. Ipotesi condivisibile ma che ha due difetti.** Innanzitutto, il rischio di finire nelle sabbie mobili, come già accaduto in passato, di fronte alla reazione dei professionisti coinvolti. Secondo, in una visione più attuale, il problema principale legato alla figura del cosiddetto Medico di Famiglia non è tanto la natura del rapporto di lavoro quanto l'effettiva funzione.

La riorganizzazione delle cure primarie è una necessità; ineludibile per qualsiasi ipotesi di riforma.



Ma va ripensata nel suo insieme. Non come accaduto negli ultimi tempi, con Case ed Ospedali di Comunità. Le prime, in ritardo e senza personale; frutto di una concezione superata e con insignificanti dotazioni di spazi, i secondi. E che dire delle nuove figure dell'infermiere, dello psicologo e magari del veterinario "di famiglia"? Sin dalla denominazione, tradiscono una visione obso-

leta, legata all'autonomia del singolo professionista, incompatibile con quella di un Ssn fondato sulla presa in carico. Dobbiamo intraprendere il cammino verso una sanità nuova, illuminata dai saperi e dalle tecnologie del presente, costruita sulle esigenze del prossimo futuro, incentrata sulla funzione di tutela, organizzata secondo modelli coerenti e

flessibili, governata con lucidità e fermezza, efficace in ogni contesto. **Durante la lunga marcia, questarivistasi offre come luogo di dibattito per mantenere, aperto ad ogni contributo, anche settoriale, che attraverso approfondimento e discussione si possa ricondurre ad una unità di visione. Al lavoro!**

I POTESI DI RIFORMA La necessità di mettere mano in modo strutturale al Servizio Sanitario Nazionale è argomento ineludibile, ma sostanzialmente ignorato dalla politica e poco presente tra gli stessi protagonisti del mondo della sanità, portatori di legittime rivendicazioni di settore più che di visioni d'insieme. Ma questo è di fatto come prendere in esame i sintomi senza curare la malattia che li determina. Da anni sosteniamo infatti la necessità di avviare una grande, vera e organica riforma del Ssn, una proposta che diviene oggi strategica.

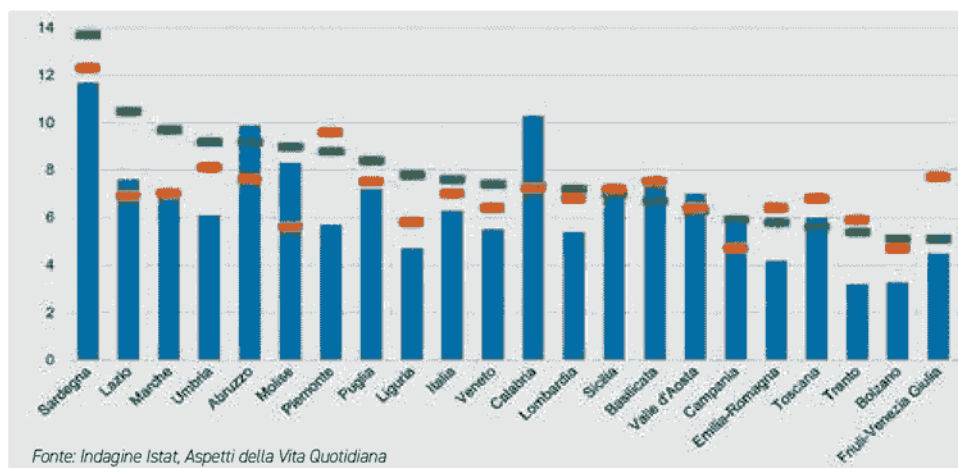
Dobbiamo procedere verso una sanità nuova, efficace in ogni contesto, costruita sulle esigenze del prossimo futuro, che tuteli, organizzi e risponda ai bisogni secondo modelli coerenti e flessibili. Per una riforma del Servizio sanitario

“ LA SOSTENIBILITÀ DELLA SANITÀ PUBBLICA NON È UN PROBLEMA ECONOMICO MA POLITICO ”

“ OCCORRE UNA RISTRUTTURAZIONE TOTALE CHE RINFORZI ANCHE LE FONDAMENTA ”

1
Persone che, negli ultimi 12 mesi, hanno rinunciato a prestazioni sanitarie pur avendone bisogno, per regione.

Anni 2019, 2022 e 2023 (dati provvisori). Valori percentuali



2

Adempimenti LEA anno 2022

REGIONE	PREVENZIONE	DISTRETTUALE	OSPEDALIERA	STATUS
ABRUZZO	49,31	62,18	73,10	INADEMPIENTE
BASILICATA	68,46	61,92	78,03	ADEMPIENTE
CALABRIA	36,59	34,88	63,78	INADEMPIENTE
CAMPANIA	69,68	55,76	68,66	INADEMPIENTE
EMILIA ROMAGNA	96,13	95,57	93,5	ADEMPIENTE
FRIULI VENEZIA GIULIA	71,24	73,3	75,29	ADEMPIENTE
LAZIO	74,08	72,07	81,3	ADEMPIENTE
LIGURIA	61,41	86,81	77,49	ADEMPIENTE
LOMBARDIA	90,18	94,66	86,09	ADEMPIENTE
MARCHE	60,91	91,03	91,26	ADEMPIENTE
MOLISE	50,69	61,23	67,54	INADEMPIENTE
PROVINCI AUT. BOLZANO	54,14	77,03	75,23	INADEMPIENTE
PROVINCI AUT. TRENTO	94,27	76,45	98,35	ADEMPIENTE
PIEMONTE	88,79	86,55	87,07	ADEMPIENTE
PUGLIA	75,97	70,02	79,69	ADEMPIENTE
SARDEGNA	46,55	50,45	69,11	INADEMPIENTE
SICILIA	47,18	58,04	78,38	INADEMPIENTE
TOSCANA	86,57	96,42	92,32	ADEMPIENTE
UMBRIA	79,59	83,88	84,42	ADEMPIENTE
VAL D'AOSTA	48,48	47,25	55,23	INADEMPIENTE
VENETO	94,08	96,4	91,36	ADEMPIENTE

Fonte: Ministero della Salute

Punteggio ≥60 <60

Secondo il **"Monitoraggio dei Lea attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia - Relazione 2022"**, complessivamente, nell'anno 2022:

- registrano un punteggio superiore a 60 (soglia di sufficienza) in tutte le macro-aree le seguenti Regioni: Piemonte, Lombardia, Provincia autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Puglia e Basilicata
- una Regione, la Valle d'Aosta, presenta un punteggio inferiore alla soglia in tutte e tre le macro-aree
- le Regioni Calabria, Sicilia e Sardegna presentano un punteggio sotto soglia nell'area della prevenzione e nell'area distrettuale
- la Provincia autonoma di Bolzano, l'Abruzzo ed il Molise presentano un punteggio sotto soglia per l'area della prevenzione
- per la Regione Campania il punteggio sotto soglia è riferito all'area distrettuale.



Peso:26-67%,27-74%,28-82%,29-70%,30-36%